

15195

Demande de subvention

CADRE
1940, H.-BOURASSA EST
MONTREAL H2B 1S2

Copie de conservation et de diffusion, disponible en format électronique sur le serveur WEB du CDC :
URL = <http://www.cdc.qc.ca/parea/707331-godin-filiatrault-raymond-suicide-montmonrency-PAREA-1987.pdf>
Rapport PAREA, Cégep Montmorency, 1987.

*** SVP partager l'URL du document plutôt que de transmettre le PDF ***

**IMPLANTATION D'UN PROGRAMME
DE PREVENTION DU SUICIDE**

AU CEGEP MONTMORENCY:

**SENSIBILISATION, DEPISTAGE ET
INTERVENTION**

présentée par

FRANCOIS GODIN (CEGEP MONTMORENCY)
en collaboration avec
FRANCE FILIATRAULT (D.S.C. CITE DE LA SANTE, LAVAL)
et
SYLVAIN RAYMOND (SUICIDE ACTION MONTREAL)

dans le cadre du

PROGRAMME D'AIDE A LA RECHERCHE SUR
L'ENSEIGNEMENT ET L'APPRENTISSAGE DE LA D.G.E.C.

le 26 février 1987



Demande de subvention

**IMPLANTATION D'UN PROGRAMME
DE PREVENTION DU SUICIDE**

AU CEGEP MONTMORENCY:

**SENSIBILISATION, DEPISTAGE ET
INTERVENTION**

présentée par

FRANCOIS GODIN (CEGEP MONTMORENCY)
en collaboration avec
FRANCE FILIATRAULT (D.S.C. CITE DE LA SANTE, LAVAL)
et
SYLVAIN RAYMOND (SUICIDE ACTION MONTREAL)

dans le cadre du

PROGRAMME D'AIDE A LA RECHERCHE SUR
L'ENSEIGNEMENT ET L'APPRENTISSAGE DE LA D.G.E.C.

1e 26 février 1987

71-5349

707331 Ex. 2

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1.0 DEFINITION DU PROBLEME ET ETAT DE LA QUESTION	1
1.1 Contexte théorique	1
1.2 Ampleur du problème	2
1.3 Les facteurs associés	6
1.4 Pistes de prévention	11
1.5 Nature du projet	13
 2.0 BUTS ET OBJECTIFS DU PROJET	 17
2.1 Objectifs généraux	17
2.2 Objectifs spécifiques	18
2.3 Hypothèses	19
2.4 Activités et évaluation reliées aux objectifs: aperçu général	20
 3.0 CONTRIBUTION DU PROJET AU DEVELOPPEMENT DU RESEAU	 23
3.1 Impact sur les étudiants	24
3.2 Impact sur les enseignants	25
3.3 Impact sur les professionnels non enseignant et le Comité santé	27
3.4 Impact sur les autres membres du personnel	28
3.5 Impact sur le collège	28
3.6 Impact sur le réseau	30
 4.0 METHODOLOGIE, APPROCHE	 32

5.0	PROGRAMMATION ET CALENDRIER DES ACTIVITES	34
5.1	Volet A - Equipe d'intervenants-clés	34
5.2	Volet B - Sensibilisation des professeurs	36
5.3	Volet C - Sensibilisation du personnel non enseignant	36
5.4	Volet D - Sensibilisation des étudiants	37
5.5	Calendrier des activités	38
6.0	BUDGET	41
7.0	DIFFUSION DES RESULTATS	43
	BIBLIOGRAPHIE	44

1.0 DEFINITION DU PROBLEME ET ETAT DE LA QUESTION

1.1 Contexte théorique

Ce contexte théorique comprend trois (3) parties: une définition des comportements suicidaires, l'ampleur de cette problématique ainsi que les variables qui y sont associées et finalement, la prévention du suicide en milieu scolaire en terme de programmes existants et de pistes de prévention.

Définition

Donner une définition précise et exhaustive des comportements suicidaires n'est pas une tâche aisée. Le suicide est un phénomène complexe et les auteurs ne s'entendent pas tous sur les "bonnes définitions". Certains inclueront dans la définition des comportements suicidaires tous les comportements para-suicidaires, allant de l'auto-mutilation en passant par les sports dangereux, la toxicomanie et la cigarette. Notre propos n'est pas de trancher cette question mais plutôt de délimiter notre champ de recherche. Nous avons retenu les définitions suivantes inspirées de Pokorny (1974) et reprises par le Comité pour la santé mentale du Québec. Les comportements suicidaires comprennent les suicides complétés, les tentatives de suicide ainsi que les idéations suicidaires.

Suicide complété: comprend tous les décès dans lesquels un acte délibéré, menaçant la vie et accompli par une personne contre elle-même, a effectivement causé la mort.

Tentative de suicide: situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger avec l'intention de causer sa propre mort ou de faire croire que telle est son intention mais dont l'acte aboutit à un échec, voulu ou non.

Idéation suicidaire: dans cette catégorie, sont inclus les comportements qui peuvent être observés et dont on est justifié de conclure à une intention

possible de suicide ou qui tendent vers cette intention mais où l'acte léthal n'a pas été accompli. Par exemple, le fait de verser dans sa main des comprimés de barbituriques pour les remettre ensuite dans un flacon est considéré comme une idée suicidaire et les avaler comme une tentative de suicide. L'idéation suicidaire peut aussi se traduire par l'expression d'une pensée suicidaire.

1.2 Ampleur du problème

Le suicide chez les jeunes est, depuis plusieurs années, une préoccupation sociale importante. Déjà, à la fin des années '70, le Ministère des Affaires Sociales du Québec était suffisamment inquiet de la situation pour demander au Comité de la santé mentale (C.S.M.Q.) une recherche sur cette question qui, affirme-t-on, constitue une des priorités dans le domaine de la santé au Québec.

En août 1983, le C.S.M.Q. publiait un avis sur la prévention du suicide qui allait bientôt être suivi du rapport Objectif santé du Conseil des Affaires Sociales et de la Famille, rapport dans lequel il est rappelé que le suicide chez les 15-24 ans est la manifestation la plus grave des problèmes de santé mentale chez les jeunes.

Au Québec, le nombre de suicide a augmenté de façon plus qu'importante dans les trentes dernières années. Mentionnons que les taux de décès par suicide montrent une augmentation de plus de 400% entre les années 1950 et 1983. Cette augmentation a été davantage ressentie chez les jeunes de 15 à 24 ans. En effet, les statistiques les plus récentes précisent que le taux pour cette tranche d'âge en 1981 est 23,0/100 000 habitants comparativement à un taux de 18,5 pour l'ensemble de la population québécoise (Charron, 1981; Ministère de la santé et du bien-être, 1985). De plus, le taux québécois est supérieur à celui des Etats-Unis, du Japon et de plusieurs autres pays (voir diagramme 1).

Pour l'ensemble de la population québécoise, le suicide représente un peu plus de 2% des décès et se classe au huitième rang des causes de décès

(Charron, 1981). Cependant, lorsqu'on compare les causes de décès selon le groupe d'âge, on observe que le suicide se classe au deuxième rang, après les accidents de véhicules moteurs, pour les moins de trente ans. Le diagramme 2 illustre cette situation pour les 15-24 ans.

De plus, ces données, quoique très importantes, peuvent être considérées comme des données minimales puisqu'on assiste à un phénomène de sous-déclaration des décès par suicide. Plusieurs motifs peuvent expliquer cette sous-déclaration de mortalité par suicide. Charron (1981) rapporte les procédures légales d'identification ainsi que la réticence des médecins et coroners à poser un verdict de suicide. La stigmatisation sociale, les tabous, le désir de protéger la famille déjà accablée, sont autant de raisons qui peuvent influencer la déclaration d'un suicide. Ceci est d'autant plus vrai pour les jeunes: on conclut plus facilement à un verdict d'accident que de suicide lors de mort suspecte.

Par ailleurs, les suicides complétés ne représentent qu'une portion minimale des comportements suicidaires. On estime que pour chaque décès par suicide on dénombre entre 50 et 200 tentatives de suicide (Jarvis, Ferrence et Johnson, 1984; Tousignant et al, 1984). L'étude de Tousignant et Hanigan (1984) en milieu collégial révèle que 3,6% des cégépiens auraient tenté de se suicider dans la dernière année et 8,1% au cours de leur vie. L'étude de Mishara (1979) conduite auprès de 140 étudiants de niveau collégial à Boston rapporte que 13,5% déclarent avoir fait une tentative de suicide.

Raymond (1987) dans le cadre d'un programme de prévention du suicide en milieu scolaire, présente des données semblables (13,8% de tentatives de suicide) pour des jeunes âgés entre 13 et 18 ans.

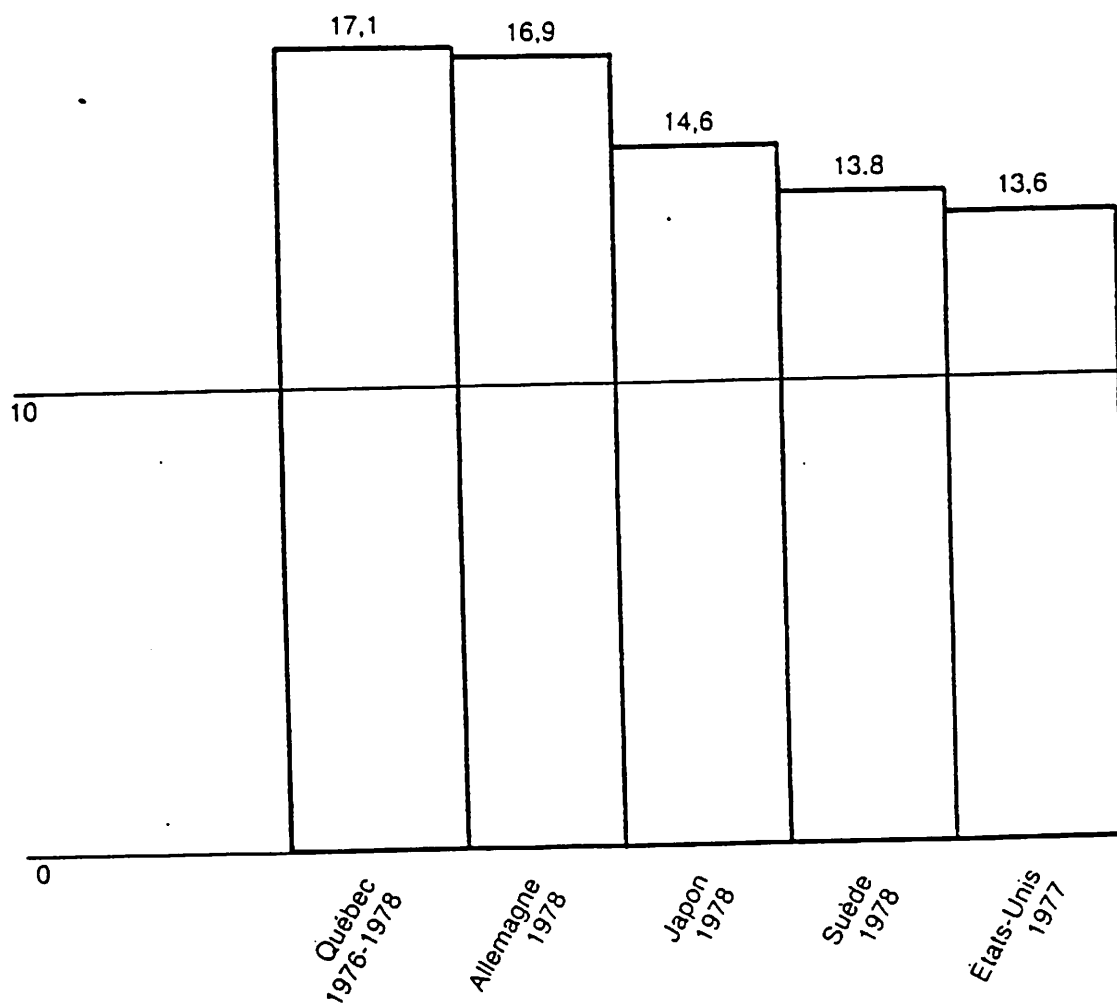
En ce qui concerne les idéations suicidaires, Mishara (1979) montre que 47% des jeunes interrogés ont pensé à se suicider, alors que dans l'étude de Tousignant et Hanigan (1984) un jeune sur cinq, soit 20%, a pensé sérieusement à se suicider au cours de sa vie et un jeune sur huit dans l'année de l'enquête. On retrouve des taux de 35% d'idéations suicidaires dans un échantillon d'étudiants ontariens (Evans et al, 1985).

Diagramme 1

SUICIDES: MORTALITÉ DANS LA POPULATION
AGÉE DE 15 A 24 ANS,
AU QUÉBEC ET DANS D'AUTRES PAYS

Taux pour 100 000
habitants

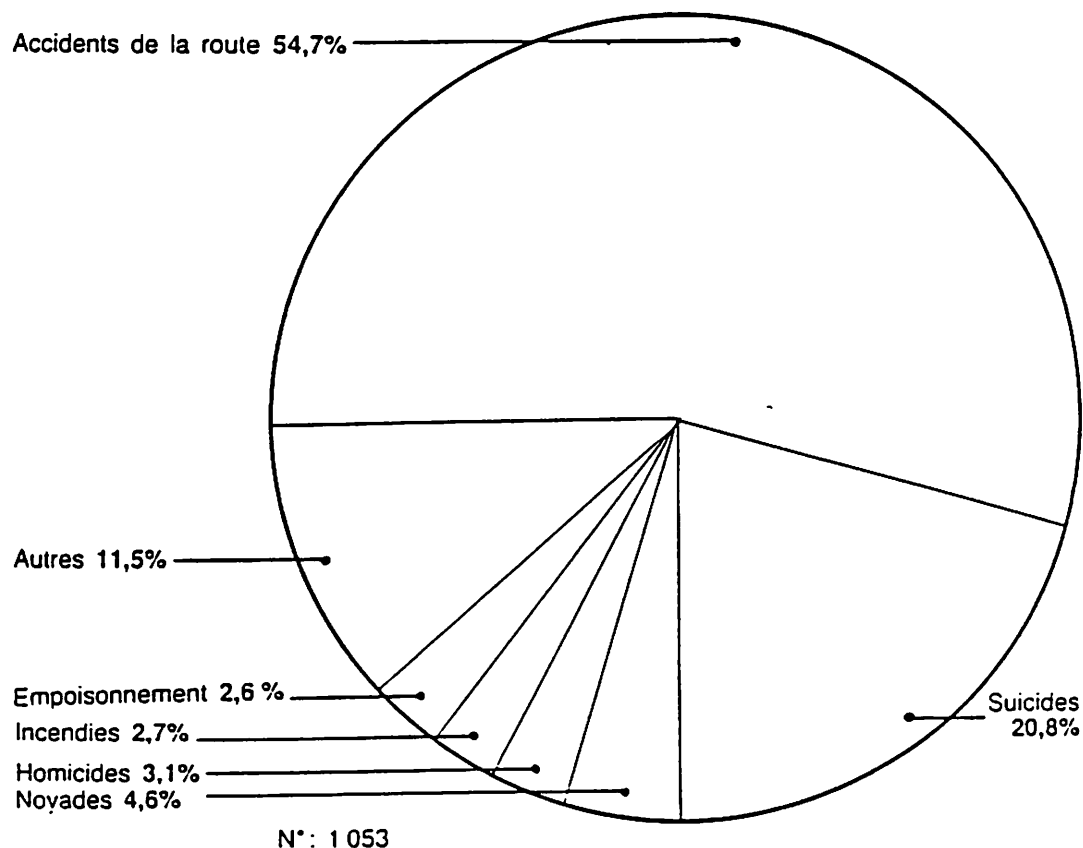
20



Tiré de: Des problèmes prioritaires
Gouvernement du Québec 1983
Conseil des Affaires Sociales et de la famille

Diagramme 2

ACCIDENTS ET TRAUMATISMES:
REPARTITION PROCENTUELLE DES DECES SELON LA CAUSE,
DANS LA POPULATION AGEE DE 15 A 24 ANS, QUEBEC, 1979-1980



* Nombre moyen annuel de décès par accidents et traumatismes.

Source:

Ministère des Affaires sociales, Registre de la population.
Calculs du Conseil des affaires sociales et de la famille.

L'ensemble des comportements suicidaires ne se répartit pas de la même manière selon le sexe de la personne. Alors que l'on retrouve trois fois plus de garçons que de filles qui décèdent par suicide, on remarque une proportion inverse pour les tentatives de suicide. Parmi les explications possibles pour cette différence entre les sexes, mentionnons une différence quant aux méthodes employées: les garçons décèdent plus par arme à feu ou pendaison alors que les filles font usage en premier lieu de médicaments. Il est certain que l'usage d'arme à feu permet moins d'intervention de la part de l'entourage comparative-ment à l'intoxication médicamenteuse.

Ces données illustrent l'importance de cette problématique dans le milieu collégial. Outre l'ampleur des comportements suicidaires, cette situation touche encore plus de gens, que ce soit les pairs qui reçoivent les messages suicidaires, les professeurs, conseillers, parents, etc.

1.3 Les facteurs associés

Bien que certains auteurs (Mark et Haller, 1977; Davidson et Choquet, 1981; Schrutt, 1968) établissent des différences de personnalités en fonction du sexe du jeune suicidaire, il ne semble pas exister de portrait type du jeune suicidaire. Cependant, certaines variables ont été identifiées comme significatives ou encore importantes dans l'étiologie des comportements suicidaires.

La dépression

En ce qui concerne les jeunes suicidaires, les études sont plus centrées sur la dépression comme trait de personnalité que comme diagnostic psychiatrique (Crumley, 1982; Davidson et Choquet, 1981). Les études ne permettent pas de conclure sur des liens significatifs entre le suicide et la dépression clinique (Emery, 1983). Certaines recherches (Beck, Weisman, Lester et Trexler, 1984) démontrent que ce n'est pas tant la dépression qui est caractéristique des jeunes suicidaires, mais plutôt le désespoir, défini par une évaluation négative du

futur. Outre la dépression, on ne retrouve pas de lien significatif entre le suicide et les autres formes de psychopathologie.

La santé physique

Davidson et Choquet (1981) rapportent que dans leur échantillon de jeunes suicidaires, 40% déclarent une mauvaise santé alors que la proportion n'est que de 12% dans leur groupe contrôle. Deux revues de littérature (Petzel et Cline, 1978; Bryan et Herjanic, 1980) recensent une haute fréquence de tentatives de suicide associées à certains handicaps physiques.

Perte parentale et conflits familiaux

Le thème de la famille brisée, suite à une séparation, un décès ou une absence parentale, est abondamment mentionné dans la littérature. On retrouve un fort pourcentage de suicidaires qui proviennent de foyers brisés (Adams et al, 1982; Tishler, McKenry et Morgan, 1981). Tousignant (1986) évalue qu'un jeune qui provient d'une famille dont les parents sont séparés a 77% plus de chances d'être suicidaire comparativement à un jeune qui vient d'une famille intacte. Toutefois, il semble que le climat familial soit plus important que la séparation comme telle. A ce sujet, Jacobs et Teicher (1967) soulignent que ce n'est pas tant le traumatisme d'une séparation antérieure d'avec un ou des parents qui caractérise l'adolescent suicidaire mais le type de relation qui existe au sein de la famille au moment de l'adolescence, le tout dans le contexte de la biographie complète du jeune. Plusieurs auteurs (Hawton et al, 1982; Marks et Haller, 1977; Davidson et Choquet, 1981) remarquent que les suicidaires n'entretiennent pas de relations très positives avec leurs parents comparativement à des adolescents non suicidaires.

D'autres recherches (Adams, Bouckhoms, Streiner, 1982; Adams, Lohrenz, Harper et Streiner, 1982) indiquent que c'est le style de famille, en ce qui a trait à la stabilité familiale qui s'avère l'élément le plus significatif dans les comportements suicidaires et non pas la perte parentale comme telle. Dans

une recherche avec un groupe d'adolescents non suicidaires et ayant vécu une perte parentale précoce, ces auteurs ont qualifié les familles selon leur niveau de stabilité (stable, instable et chaotique) pour en ressortir des liens très significatifs entre le style de famille et les comportements suicidaires. Dans une autre recherche, à partir d'un groupe d'adolescents suicidaires, les résultats étaient comparables. Dans les familles où une perte parentale avait eu lieu, on remarque que la famille est identifiée comme plus instable dans le groupe suicidaire que dans le groupe contrôle, et ce, avant la perte. Les auteurs concluent que les familles du groupe suicidaire semblent incapables de répondre à la crise au moment de la perte et de rétablir une réorganisation familiale par la suite. Ce climat familial difficile laisse présager certaines problématiques vécues par les parents. Tousignant et al (1986) rapporte certaines études identifiant l'alcoolisme, les comportements suicidaires, les psychopathologies, etc.

Vie sentimentale

Beaucoup d'études rapportent que l'échec amoureux est souvent un élément déclencheur dans la tentative de suicide. Dans l'étude de Jacobs et Teicher (1967), 38% du groupe suicidaire est engagé dans une relation amoureuse et 53% se retrouve en situation de bris au moment de la tentative; en comparaison, seulement 23% du groupe contrôle est en amour et personne n'est en situation de bris.

Intégration sociale

La plupart des études soutiennent que le réseau social des jeunes suicidaires est limité (Hawton et al, 1982; Hollinger et al, 1982). Jacobs et Teicher (1967) mentionnent que la vie de l'adolescent suicidaire se comprend à travers un processus suicidogène débutant dans les premières années de vie de l'adolescent et se caractérisant par un isolement social progressif. Dans leurs recherches, tous les membres du groupe expérimental ont vécu ce processus en trois étapes, alors que les adolescents du groupe contrôle ne présentent pas la même biographie. Deux aspects semblent importants dans ce processus: l'ordre séquentiel des événements vécus par la personne et la perception que la personne a de ces

événements avec la stratégie d'adaptation utilisée. Cet isolement social ne provient pas d'un événement isolé mais d'une suite de situations produisant un amoncellement de problèmes et une situation très difficile à vivre à l'adolescence. Les trois phases de ce processus sont: une longue histoire de problèmes, une phase d'escalade ainsi qu'une phase finale.

La première phase réfère à l'expérimentation de multiples situations conflictuelles dans l'enfance: alcoolisme des parents, déménagements fréquents, traitements abusifs, placements répétitifs, etc. On retrouve chez l'adolescent suicidaire une série d'événements chronologiquement rapprochés qui l'isolent progressivement de relations sociales significatives. Cet isolement devient alors le problème et empêche l'enfant d'avoir accès à d'autres sources de solutions. Lors de la deuxième phase, soit celle de l'escalade, le jeune déjà isolé adopte certaines stratégies (agressivité, fugue, délinquance, somatisation, etc.) qui provoquent d'autres conflits, spécialement avec le réseau familial. Durant la troisième phase, ou phase finale, on assiste à une dissolution en chaîne de toutes les relations significatives dans la semaine ou le mois précédent le geste suicidaire. Habituellement isolé de sa famille, le jeune va tenter d'établir une relation significative par le biais d'une relation amoureuse; en recherchant l'âme soeur, il délaisse ainsi ses pairs ce qui le coupe du peu de réseau qui lui restait. Toute rupture ou rejet à ce stade est vécu dramatiquement et le suicide semble alors la seule solution possible à une vie de solitude chronique.

Topol et Reznikoff (1981) ont identifié de façon significative que les adolescents suicidaires ont moins de confidents que les adolescents non suicidaires. Mark et Haller (1977) rapportent que leur groupe de garçons se caractérise par le nombre restreint de relations avec les pairs. Stanley et Barter (1970) ont remarqué, pour un groupe de suicidaires, des relations moins adéquates avec leurs pairs. Par contre, Hanigan, Tousignant, Bastien et Hamel (1986) arrivent à des résultats différents. Ils ont comparé 25 étudiants suicidaires à 25 jeunes non suicidaires sur les formes de soutien social. Les jeunes des deux groupes ne se différencient pas sur la quantité et la qualité du soutien reçu. La seule différence réside dans le fait que les familles des suicidaires semblent plus une

source de conflit que dans l'autre groupe. Ils rapportent une différence entre l'isolement social (il n'y a personne) et l'isolement affectif (personne ne peut m'aider). Les jeunes ne sont pas généralement seuls mais ils se sentent seuls.

Echec scolaire et milieu scolaire

L'échec scolaire est plutôt considéré, du moins en Amérique du Nord, comme une caractéristique de l'incapacité générale de l'adolescent suicidaire (incapacité à socialiser, à atteindre ses objectifs, etc.) que comme un véritable élément déclencheur. Que ces problèmes scolaires soient un déclencheur ou une conséquence d'un désinvestissement, sa présence est souvent notée dans la littérature. Dans le grand échantillon de Davidson et Choquet (1981), 61% des garçons et 42% des filles ont des troubles scolaires. L'étude de Bernard et Bernard (1982) révèle que 7% des étudiants qui font une tentative de suicide en attribuent la cause aux pressions et échecs scolaires. Garfinkel (1982) dans son enquête auprès de 505 personnes suicidaires a retrouvé lui aussi un taux de 10% de jeunes qui mentionnent l'échec scolaire comme étant une cause de leur tentative de suicide. Ces résultats portent à conclure que les troubles scolaires seraient davantage le symptôme d'un malaise que la cause elle-même. Certaines études (Otto, 1972; Hawton et al, 1982) mentionnent qu'il a souvent été rapporté par les sujets ayant fait des tentatives de suicide que leurs difficultés scolaires ont entraîné une détérioration de leur relation avec leur professeur les amenant à s'isoler davantage.

D'autres auteurs tels Petzel et Riddle (1981) constatent que les jeunes suicidaires manifestent de la difficulté à s'intégrer dans le milieu scolaire et que ces jeunes ont des rendements insatisfaisants. Cette diminution dans le rendement scolaire a également été remarquée par Peck et Schrutt (1971) et Stanley et Barter (1970). L'abandon scolaire a été observé pour les adolescents suicidaires. Barton et al (1968) et Teicher (1970) montrent que les jeunes suicidaires avec de nombreuses difficultés abandonnent l'école au moment de leurs tentatives de suicide.

Isolés socialement ou affectivement, aux prises à maintes pressions sociales, familiales, financières et scolaires, les jeunes suicidaires se retrouvent en grand nombre au cégep. L'urgence d'une action préventive n'est plus à démontrer. Voyons maintenant quelles sont les pistes de prévention possibles.

1.4 Pistes de prévention

On distingue généralement trois niveaux de prévention: primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire vise à prévenir la manifestation d'un symptôme. La prévention secondaire consiste à dépister et à intervenir rapidement auprès des groupes présentant le problème. Quant à la prévention tertiaire, elle prévient la récurrence et assure la réadaptation.

A ce jour, peu d'activités ou de programmes de prévention spécifiquement reliés à la problématique du suicide en milieu collégial existent. Nous en avons cependant recensés quelques-uns.

Les recherches démontrent que les suicidaires communiquent leurs intentions suicidaires dans une proportion de 43% à 83% et ce, dans le mois précédent l'acte suicidaire (Cowgell, 1977; Rudestam, 1971; Yessler, Gibbs et Becker, 1960; Dorpart et Ripley, 1968). Les différences entre ces données s'expliquent par la manière dont les auteurs définissent la communication suicidaire. Pour Rudestam (1971), la communication est directe ou indirecte. Le terme direct réfère à des verbalisations suicidaires plus ou moins subtiles; la communication indirecte s'exprime de façon plus comportementale et comprend les tentatives antérieures, la rédaction d'un testament, l'achat d'une arme à feu, etc. Par contre, dans l'étude de Yessler, Gibbs et Becker (1960), la communication est essentiellement verbale et peut être directe (je me tue ce soir) ou indirecte (je ne serai pas ici demain).

La grande majorité des verbalisations suicidaires des jeunes sont adressées en premier lieu à leurs pairs (Ross, 1980; Tousignant et Hanigan, 1984). Au

niveau des réponses apportées à ces verbalisations, un consensus général se dégage de la littérature: les réponses les plus fréquentes sont l'ignorance, le déni, l'argumentation et le scepticisme.

Rudestam (1971) rapporte que les gens ne prennent pas ces communications au sérieux et que si elles y donnent foi, elles ne savent pas quoi dire ou quoi faire; elles sont de plus extrêmement anxieuses et mal à l'aise. Cowgell (1977) ajoute que les gens sont habituellement peu formés à discriminer les signes suicidaires et que les comportements d'aidants s'enseignent et s'acquièrent.

Quant aux professeurs, Ross (1980) mentionne que les enseignants qui ont vécu l'expérience d'un suicide dans leur école avaient observé des indices mais ne les avaient pas identifiés comme indices précurseurs à cause d'un manque d'information. L'étude de Cooper et al (1981) démontre que les professeurs présentent une faible capacité à identifier les signes précurseurs du suicide dû à leur manque de formation. L'école a donc comme rôle d'être à l'écoute des besoins de formation de son personnel afin que ces derniers puissent faire face de façon efficace au problème du suicide et voir à ce que les étudiants soient outillés autant intellectuellement qu'affectivement pour les problèmes inhérents à leur développement (Ross, 1980).

Il semble donc que les indices ainsi que les verbalisations suicidaires soient présents dans le milieu scolaire et que ces indices sont peu perçus ou lorsqu'ils le sont, les réponses apportées semblent peu appropriées. Or, selon Mishara (1979), la prévention du suicide aurait plus de chance de succès si les membres du réseau social d'une personne présentant une propension au suicide étaient formés pour répondre de façon plus appropriée aux intentions suicidaires. D'autres auteurs (Schneidman, 1968; Griffith, 1977) mentionnent qu'une attitude ouverte est plus aidante qu'une attitude fermée à l'égard des verbalisations suicidaires. Par attitude ouverte, on entend être attentif, être à l'écoute du message que sous-entend le comportement suicidaire, donc croire et écouter ce que la personne suicidaire a à dire. Par attitude fermée, on entend: ne pas reconnaître qu'un comportement suicidaire puisse être un appel à l'aide, ne pas se

préoccuper d'une telle demande, se moquer, tourner en ridicule un tel geste ou comportement et finalement porter un jugement sur la personne suicidaire.

En résumé, il est reconnu qu'un certain type de réponses et d'attitudes est plus préventif et freine le processus suicidaire. De plus, l'identification des signes précurseurs s'avère essentielle pour dépister et intervenir auprès des personnes suicidaires. C'est donc autour de certains éléments spécifiques que s'élaboreront nos hypothèses et que sera présenté notre programme: sensibilisation, dépistage, intervention.

1.5 Nature du projet

Devant l'ampleur de la situation chez les cégepiens, nous avons choisi d'axer notre intervention à un niveau de prévention secondaire et tertiaire. Bien que notre projet vise une sensibilisation à l'ensemble de la communauté, il nous paraît plus pertinent d'offrir de l'aide aux jeunes présentement en souffrance, ce qui permet de viser une prévention du geste suicidaire ainsi que des récidives.

Il va sans dire qu'il est quelques fois difficile de classer ces programmes d'une façon puriste car la plupart touche simultanément deux niveaux de prévention, soit primaire et secondaire.

Plante (1986) mentionne que les objectifs d'une prévention primaire du suicide sont "(1) d'améliorer la santé mentale des adolescents dans le but de prévenir les idées ou les conduites suicidaires; faire la promotion de la santé; améliorer la qualité de vie de l'adolescent; favoriser l'acquisition d'habiletés nécessaires à gérer les événements de la vie et les situations de crise, (2) s'attaquer aux facteurs de risque qui mènent au processus de l'acte suicidaire".

Parmi les projets existants, le programme de prévention du suicide chez les adolescents du DSC Saint-Luc (Bédard et Fillion, 1984) veut améliorer le

mieux-être individuel de l'adolescent, promouvoir un environnement favorable et informer les jeunes et le milieu au phénomène suicidaire.

La campagne "M'entendez-vous" (Laporte, 1986) est un autre effort de prévention primaire visant la sensibilisation de plusieurs cégepiens québécois à la problématique du suicide. Cette campagne consistait à un message publicitaire radiophonique, la réalisation d'un vidéo, ainsi qu'une tournée d'une douzaine de cégeps avec kiosque et animation de groupe.

Dans la même gamme d'activité, nous retrouvons un vidéo "17 ans, la vie derrière soi" produit par le Centre de Communications en santé mentale de l'hôpital Rivière-des-Prairies et le programme de santé mentale du DSC Maisonneuve Rosemont. Ce vidéo privilégie l'intervention par les pairs et est accompagné d'un guide pour les intervenants.

Quant à la prévention secondaire, Plante (1986) suggère les objectifs suivants pour une action préventive auprès des adolescents.

- Désamorcer la situation de crise suicidaire chez les adolescents et empêcher le passage à l'acte suicidaire.
- Dépister les cas à risque.
- Assurer la prise en charge globale et immédiate de l'état de crise.

Suicide Action Montréal a élaboré un projet de prévention du suicide en milieu scolaire. Ce projet d'intervention préventive (Raymmd, 1985) s'adresse au milieu secondaire. Il vise à démystifier le suicide par une sensibilisation appropriée, à permettre le dépistage des jeunes suicidaires et à assurer un suivi. La particularité de ce projet réside dans la mise sur pied d'une équipe d'intervenants-clé au sein de l'école. Ces intervenants, formés et outillés, prennent à charge les cas à risque, en collaboration avec les professionnels du milieu. Bien que l'accent de ce projet est mis sur le dépistage et l'intervention par les pairs, ce sont tous les membres du milieu scolaire (étudiants, parents, professionnels, professeurs, personnel administratif et de soutien) qui

deviennent les acteurs dans ce projet. Raymmd (1987), lors de l'évaluation de ce projet, rapporte des différences significatives entre les pré et post-test, principalement chez les jeunes. Après le projet, ceux-ci sont mieux informés, ils ont modifié leurs attitudes ainsi que leurs comportements. De plus, ils connaissent mieux les ressources et se sentent habilités à dépister et à intervenir auprès de leurs pairs.

D'autres activités en prévention secondaire existent à Montréal. Notons, entre autres, la table de prévention du suicide de l'Université de Montréal, le "Night Line de McGill", une ligne téléphonique de nuit offrant du support aux étudiants.

Au niveau de la prévention tertiaire, Plante (1986) mentionne que les objectifs devraient se centrer autour de la prévention et de la diminution des récidives ainsi que sur le suivi continu à apporter aux suicidaires.

Ce bref survol des pistes possibles de prévention du suicide montre que la prévention du suicide chez les jeunes existe, mais que les évaluations de ces activités sont rares et font figure d'exception.

Cependant, ces projets nous permettent de circonscrire le milieu privilégié pour la prévention du suicide chez les jeunes, soit le milieu scolaire. En effet, le milieu scolaire, le cégep en ce qui nous concerne, est le lieu propice à la prévention du suicide. Lieu de vie, les jeunes cégepiens y passent plus de temps que partout ailleurs; ils y côtoient leurs pairs, y établissent des liens importants et significatifs. Stratégiquement, c'est l'endroit où nous pouvons les rejoindre le plus rapidement. C'est également l'endroit où les pairs recevront les messages suicidaires de leurs collègues cégepiens en détresse.

Ce projet se construit sur un continuum d'intervention partant d'une sensibilisation du milieu scolaire, permettant le dépistage des jeunes suicidaires et offrant un suivi (de formes variées) aux jeunes en difficultés. Cet aspect implique la collaboration de plusieurs organismes. Sans cette collaboration

d'individus et d'organismes, ce programme de prévention a peu de chance de réussite.

Brièvement, la sensibilisation permettra à n'importe quel individu du milieu scolaire (étudiants, professeurs, personnel de soutien et administratif, professionnel non enseignant) de démystifier le suicide, de reconnaître les signes précurseurs, de connaître les ressources d'aide internes et externes et de référer (selon le cas), d'intervenir au début du processus suicidaire et prévenir une crise plus importante et finalement, de sensibiliser la population à une meilleure communication ainsi qu'à l'entraide auprès des jeunes en difficultés.

Cette sensibilisation aura pour effet de dépister les jeunes suicidaires. Suite à ce dépistage, plusieurs possibilités d'intervention sont considérées. Tout d'abord, une équipe d'intervenants-clés formée de professeurs, de professionnels non-enseignants et d'étudiants, sera recrutée, sélectionnée et offrira un suivi de crise (court terme). Cette équipe sera clairement identifiée et connue de l'ensemble de la population. Elle aura également la tâche d'évaluer les besoins en terme de suivi des jeunes en difficulté et verra à référer ces jeunes, s'il y a lieu, à d'autres ressources, déjà impliquées dans ce projet. Notons, entre autres, le Centre Hospitalier Cité de la Santé via leur groupe CIBLE, le C.L.S.C. du Marigot avec son équipe en santé mentale et Suicide Action Montréal avec un suivi de groupes pour les jeunes. De plus d'autres groupes seront invités à collaborer à ce projet (B.S.S., Centre de crise, organismes communautaires, etc.)

2.0 BUTS ET OBJECTIFS DU PROJET

Nous présenterons ici les buts et les objectifs poursuivis par ce projet puis nous reprendrons ces objectifs en précisant le type d'activités que nous entendons réaliser pour atteindre les résultats visés ainsi que les indicateurs qui nous permettront d'évaluer ces résultats. Rappelons que les étudiants inscrits aux cours de jour du Cégep Montmorency constituent la cible de ces objectifs. Certains des objectifs ont aussi pour cible les professeurs et les professionnels non enseignant.

Le but ultime poursuivi par ce projet est la réduction du taux de suicide chez les jeunes cégepiens. Ainsi, nous visons à diminuer les tentatives de suicide chez ces jeunes. Etant donné que le projet s'inscrit dans un milieu scolaire, le but est qu'il contribue à améliorer la qualité de vie de ce milieu et permettre à l'étudiant une meilleure intégration à ce milieu et, par là, une atteinte d'objectifs d'éducation.

L'ensemble des objectifs que nous décrirons devrait permettre d'apprécier l'utilité d'un tel projet dans un milieu collégial. Nous gardons à l'esprit que ce projet est dans son essence l'adaptation d'un projet déjà mis en oeuvre au milieu secondaire. Il s'agit ici d'évaluer cette adaptation au milieu collégial. Dans ce sens, notre projet constitue un projet pilote.

2.1 Objectifs généraux

Dans un premier temps, nous dresserons une liste d'objectifs plus généraux au sens où ils visent des perceptions et des attitudes. Ce sont les objectifs suivants:

1. Les étudiants auraient une perception positive de leur milieu scolaire par rapport à l'aide qu'ils peuvent en recevoir s'ils vivent une crise suicidaire.

2. Les étudiants percevront leur milieu scolaire comme un lieu propice à l'entraide par rapport à la problématique du suicide.
3. Les étudiants auraient davantage tendance à exprimer explicitement à quelqu'un de leur milieu scolaire leurs préoccupations personnelles face au suicide.
4. La population du cégep aura une attitude d'ouverture face à la problématique du suicide: elle reconnaîtra l'importance de mieux connaître le phénomène, d'en parler et d'y intervenir.
5. La population du cégep aura une attitude active par rapport à la problématique du suicide: elle se sentira prête à utiliser ses connaissances pour aider ou référer une personne qui aura, explicitement ou non, exprimé l'idée de se suicider.

2.2 Objectifs spécifiques

De façon plus opérationnelle, le projet s'articule autour des objectifs spécifiques suivants:

1. A la fin du projet, l'ensemble de la population du cégep sera sensibilisée à la problématique du suicide.
2. Les signes et symptômes associés à une volonté de se suicider seront connus de l'ensemble de la population du cégep.
3. Les étudiants connaîtront les ressources d'aide (ils pourront identifier des lieux et des personnes spécialement formées dans la problématique du suicide).
4. La population du cégep abordera directement la question du suicide et

réfèrera, au besoin, vers les ressources d'aide quand quelqu'un aura explicitement ou non exprimé l'idée de se suicider.

5. Tous les jeunes suicidaires qui auront recours au réseau d'intervenants-clés seront assurés d'un suivi que ce soit à l'intérieur du milieu scolaire ou par le biais de ressources extérieures avec qui des protocoles de collaboration auront été développés.
6. Un réseau d'intervenants-clés formé d'étudiants, professeurs et professionnels non enseignant sera constitué et identifié comme ressource d'aide relativement à la problématique du suicide.

2.3 Hypothèses

Certains postulats ou hypothèses sont sous-jacents au projet élaboré ici et pour lequel nous venons de décrire les objectifs poursuivis. Nous tenterons de vérifier certaines de ces hypothèses, entre autres:

Hypothèse 1

Les étudiants suivant des cours avec un professeur impliqué dans le réseau d'intervenants-clés auront davantage tendance à reconnaître les individus à risque et à les référer aux ressources d'aide ou à recourir eux-mêmes à ces ressources.

Hypothèse 2

Les étudiants faisant appel aux ressources d'aide et s'impliquant dans un suivi amélioreront leur rendement scolaire ou éviteront une baisse de performance.

Hypothèse 3

Les étudiants bénéficiant comme moyen de sensibilisation d'une période d'animation à l'intérieur d'un de leurs groupes-cours auront une attitude plus ouverte face au suicide, se sentiront plus en mesure d'intervenir et auront un comportement d'aide et de demande d'aide plus grand que les étudiants ayant été sensibilisés par différents moyens excluant l'animation de groupe.

Hypothèse 4

Les professeurs auront une perception plus positive face à leur capacité d'entrer en relation avec les étudiants et face à leur capacité à aider un étudiant aux prises avec une crise suicidaire.

2.4 Activités et évaluation reliées aux objectifs: aperçu général

Nous allons maintenant tenter d'explicitier les objectifs spécifiques (ou sous-objectifs), donner des exemples d'activités à mettre en oeuvre pour réaliser ces objectifs et décrire des indicateurs qui permettront de mesurer l'atteinte de ces objectifs. Il s'agit donc ici de donner un aperçu de l'opérationnalisation des activités et un aperçu de l'évaluation. Un travail d'opérationnalisation et d'évaluation détaillée n'entrerait pas dans le cadre de cette demande de subvention.

Nous rappelons que par sensibilisation nous visons à ce que le phénomène du suicide soit connu et que les gens se sentent concernés par ce phénomène au sens où ils sont conscients qu'ils pourraient être confrontés à cette problématique dans leur entourage et qu'ils peuvent être source d'aide pour quelqu'un aux prises avec cette problématique.

On peut résumer la portée des objectifs spécifiques en deux blocs, soit en termes de sensibilisation, acquisition de connaissances, acquisition de

comportements (demande d'aide, aide et/ou référence) ou soit en termes de développement de services (groupes de pairs, réseau d'intervenants-clés).

Certaines activités seront spécifiques à un aspect et d'autres couvriront plusieurs aspects. Ainsi, la transmission de connaissance sur les signes et symptômes ainsi que sur les ressources d'aide peut se faire en même temps que la sensibilisation lors d'animation de groupe (tournée de groupes-cours, forum-midi, ...), par la distribution d'un dépliant, par une émission à la radio étudiante, un article dans le journal étudiant, ... Chose certaine, l'atteinte des objectifs sera le résultat d'une série d'activités intégrées dans un programme (fondement de ce projet) et non le fruit d'une seule activité.

Si on peut penser transmettre de l'information sans qu'il n'y ait nécessairement animation, il semble que l'intégration de connaissances dans une perspective de mise en oeuvre soit mieux servie par une dynamique impliquant des échanges personnalisés (rencontre de groupe, ...). Il faudra donc prévoir ce type d'activités pour les objectifs visant une acquisition de comportements (demander de l'aide, aider, référer, ...).

Les attitudes et les comportements que nous souhaitons favorisés sont conséquents d'un système qui valorise le fait de demander de l'aide. Or, nous savons que le jeune est exposé à un système de valeurs qui prône la force, la puissance, l'autonomie et l'indépendance. Il faudra donc promouvoir que l'insécurité voir le désespoir sont des états acceptables, que le besoin d'aide est normal et que le fait d'avoir recours à de l'aide est un comportement mature et adéquat par rapport à se confier bon gré mal gré à ses uniques réserves. Valoriser la demande d'aide c'est aussi valoriser sa capacité de s'ouvrir à l'autre, à faire confiance...

Pour ce qui est de l'évaluation, elle comprendra des aspects portant sur le processus, la structure et les résultats du programme.

L'évaluation du processus rendra compte des activités réalisées dans le cadre du projet et de la quantité de personnes atteintes. Il s'agira, par

exemple, de connaître le nombre de dépliants distribués, le nombre d'affiches installées, nombre de groupes d'animation, nombre de professeurs rencontrés, ... Ce volet donnera donc une description plutôt quantitative des activités réalisées et permettra d'apprécier la conformité de la réalisation par rapport à ce qui avait été prévu.

L'évaluation de la structure visera à décrire le type tout autant que le nombre d'individus impliqués dans le groupe d'intervenants-clés et tentera d'estimer si ce type d'intervenants-clés répond de manière satisfaisante aux besoins d'aide d'étudiants aux prises avec un problème de suicide.

L'évaluation des résultats décrira les effets du projet par rapport aux objectifs poursuivis. Il s'agira d'estimer le degré de sensibilisation, d'acquisition de connaissances, d'attitudes ou de comportements. L'une des façons envisagées est la passation d'un questionnaire en début d'année scolaire et en fin d'année scolaire donc avant et après le projet. Il s'agit bien sûr d'un effet à court terme. Il serait intéressant de mesurer un effet à moyen et long terme en particulier chez les professeurs puisque les étudiants ne sont de passage dans le milieu que pour un temps limité. Les demandes d'aide aux intervenants-clés, l'adhésion à un groupe d'entraide ou à une autre forme de suivi, l'amélioration de la performance scolaire sont autant d'exemples d'indicateurs de l'effet du projet.

Le projet pourra vraisemblablement générer des effets plus larges que ceux prévus par les objectifs bien que plus difficilement évaluables, surtout dans un temps aussi limité qu'une année, il pourrait être possible de percevoir certains indices d'un impact plus large, par exemples: renforcement du climat d'entraide, réduction de l'isolement social, réduction de l'abandon scolaire ou du taux d'échec, demande d'aide pour des problématiques de santé mentale autres que le suicide...

3.0 CONTRIBUTION DU PROJET AU DEVELOPPEMENT DU RESEAU

Outre le fait de pouvoir être régionale, communautaire, nationale ou même internationale, la mission des cégeps est d'abord éducative.

C'est donc en gardant à l'esprit que le développement du réseau est avant tout tributaire de la capacité de ses institutions à remplir leur mission éducative que nous avons élaborer ce projet.

Bien conscients que le geste d'éduquer trouve des définitions multiples et diverses, nous avons décidé de nous en tenir à une vision humaniste, soit la mise en oeuvre des moyens propres à assurer la formation et le développement d'un être humain.

Cette façon d'envisager l'éducation considère la personne, le jeune dans le cas qui nous occupe, comme une entité dont chacune des dimensions jouent un rôle important dans sa capacité et sa motivation à apprendre. La santé incarne une de ces dimensions de l'étudiant. Comme vous l'aurez constaté à la lecture des parties précédentes, le bilan de santé des cégépiens est peu reluisant. L'enquête menée par le MEQ sur les besoins de santé des étudiants de niveau collégial nous le confirme (1983).

Rarement s'écoule-t-il plus d'une semaine sans que les journaux alarment la population de l'état de santé mentale de nos étudiants.

"On s'inquiète de plus en plus de la santé mentale des 70 000 jeunes qui fréquentent les cégeps de la région de Montréal. On s'interroge. Et plus on s'inquiète et s'interroge, moins on sait par quel bout aborder le problème et, à plus forte raison, le résoudre. En bref, on se sent dépassé et impuissant."

(LA PRESSE; 12 FEVRIER 1987)

Cette dimension de la relation professeur-élève et de l'apprentissage de ce dernier est sans contredit un facteur sur lequel nous devons intervenir au

risque de voir notre mission éducative remise en cause. De la même façon que nous élaborons des interventions afin de corriger des situations dont nous ne sommes pas nécessairement responsables mais dont nous connaissons les effets négatifs, le présent projet vise à réduire les comportements suicidaires et les conséquences de ceux-ci sur l'apprentissage des étudiants.

3.1 Impact sur les étudiants

Si on se réfère à l'étude réalisée par Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984) dans quatre (4) cégeps de la région de Montréal, ce sont 500 étudiants qui pourront compter sur l'intervention du projet parce qu'en proie à des comportements suicidaires au cours de l'année 1987-88. Des étudiants qui généralement nous indiquent leur détresse, manifeste des problèmes d'insertion ou d'adaptation et sont aux prises avec des problèmes d'apprentissage.

Fort des expériences acquises dans le cours des activités réalisées depuis deux (2) ans, ainsi que de l'expertise développée en intervention par les pairs, nous voulons dépasser la sensibilisation et les interventions ponctuelles afin de favoriser l'intégration des connaissances et des comportements à adopter lorsque mis en face d'un étudiant en difficulté.

Ainsi, nous croyons qu'en développant la sensibilité et l'ouverture des étudiants à l'égard de leurs pairs, ceux-ci seront en mesure de constituer un climat de support et d'entraide plus propice à l'intégration des étudiants. Nous croyons aussi possible que cette attention déborde la problématique du suicide et interpelle d'autres étudiants qui, sans être en proie à des comportements suicidaires, rencontrent des difficultés pour lesquelles ils n'adresseraient pas de demandes d'aide habituellement.

Pour ce faire, nous comptons valoriser un comportement "nouveau", soit celui de chercher de l'aide lorsque nous reconnaissons que quelqu'un de notre entourage n'est plus en mesure d'envisager la résolution de ses difficultés autrement qu'en considérant le suicide.

Naturellement, la promotion d'un tel comportement n'a de sens que si les étudiants ont identifié les ressources qui leur sont disponibles et l'aide que nous pouvons leur apporter. C'est ce que le programme compte d'abord faire; tant auprès des étudiants présentant des comportements suicidaires qu'auprès des tiers et des endeuillés.

Un autre comportement qui devrait être modifié est celui qu'ont les étudiants à l'égard de leurs professeurs. A maintes reprises, on a observé que, nonobstant la qualité des relations professeur/élève, ce dernier investit souvent ses professeurs d'un certain nombre de stéréotypes correspondant à l'image qu'il se fait de l'adulte (Côté, Conseil des Collèges, 1985). Le fait de voir des professeurs s'identifier à un rôle d'aidant et manifester leur intérêt pour les préoccupations de leurs étudiants pourrait contribuer à ce que ces derniers soient perçus comme des interlocuteurs valables.

Ajoutons enfin qu'en dépistant, intervenant précocement et assurant un suivi aux étudiants concernés, nous devrions contribuer à réduire le taux d'abandons et d'échecs scolaires de ceux-ci.

3.2 Impact sur les enseignants

En février 1984 se tenait à Québec un mini-colloque sur la santé mentale dans les cégeps. Les infirmières, psychologues, animateurs et directeurs de S.A.E. présents établissaient la priorité suivante:

"Au cégep, le premier environnement sur lequel il faut agir est l'environnement humain. Préalablement à toute autre intervention, les personnels doivent développer une attitude positive d'accueil et d'écoute face aux étudiants."

(IMBEAU, Comité de santé au collégial, 1984)

Il s'en suivait une série de recommandations comme d'associer les enseignants à toutes les démarches de service à l'étudiant, offrir un service de

consultation aux professeurs, conscientiser les professeurs aux préoccupations et aux besoins des étudiants, rendre disponible l'écoute active par une formation adéquate du personnel, etc.

A ces motifs qui militent dans le sens de mobiliser des professeurs à intervenir dans le programme, nous en ajoutons un autre.

Un bon nombre d'enseignants déplorent les difficultés qu'ils ont à "entrer en relation" avec leurs étudiants. Ils se disent insécures et impuissants à aider leurs étudiants et peu appuyer pour le faire. A titre d'exemple, mentionnons qu'un certain nombre de départements ont sollicité notre aide afin de mieux comprendre les problèmes que pouvaient rencontrer leurs étudiants et ce qu'ils pouvaient faire pour les aider. Ajoutons aussi qu'à l'annonce d'un cours PERFORMA qui se déroulera en avril 1987 et qui aura pour titre "ETRE UN EDUCATEUR AIDANT", 15 professeurs se sont spontanément inscrits en moins de 2 semaines.

C'est donc dire qu'un bon nombre d'enseignants sont désireux de jouer ce que nous appelons un rôle "d'adulte sympathique" mais que le manque d'information, de formation et d'encadrement les freinent dans la réalisation de ce rôle.

A ce titre, nous pensons que le projet peut modifier la perception que les professeurs ont du rôle d'aidant. Trop nombreux encore sont ceux pour qui le rôle d'aidant correspond à un accroissement de leurs tâches. Nous croyons que cette façon d'envisager l'aide à un étudiant présentant des comportements suicidaires tient souvent à certains mythes entourant la problématique du suicide ainsi qu'à une perception erronée de ce que sont généralement les attentes d'un étudiant en difficulté.

Ajoutons aussi que plusieurs professeurs ont eu à vivre des expériences malheureuses dans le passé parce qu'ils n'étaient pas suffisamment supportés, étaient peu encouragés à se confier et méconnaissaient les ressources disponibles. Le projet veut donc remédier à ces lacunes.

En formant 30 professeurs à l'intervention de crise, en leur fournissant l'encadrement nécessaire par le biais d'un coordonnateur et d'un psychologue clinicien et en les associant directement à l'accueil, l'évaluation et la référence d'étudiants présentant des comportements suicidaires, nous comptons que ceux-ci pourront jouer un rôle de personne-ressource auprès de leurs collègues à l'intérieur des départements et que les bénéfices qu'ils tireront d'une telle expérience stimuleront l'intérêt et l'engagement de d'autres enseignants, en plus de développer entre eux des rapports d'aide mutuelle. Nous escomptons aussi que le rôle d'aidant que ces professeurs joueront amènera ceux-ci à augmenter leur satisfaction et leur valorisation à l'égard de la relation professeur/élève.

3.3 Impact sur les professionnels non enseignant et le Comité santé

On ne peut envisager d'entreprendre la sensibilisation, le dépistage et l'intervention compris dans ce projet sans y impliquer ceux qui, dans leurs tâches quotidiennes, sont régulièrement sollicités par des étudiants en difficulté.

En effet, c'est trop souvent à l'infirmière, au psychologue, à l'animateur de pastorale et/ou aux aides pédagogiques qu'est reléguée l'entière responsabilité d'aider les étudiants en difficulté.

Or, ces derniers, mobilisés qu'ils sont par le flot des demandes quotidiennes, ne trouvent plus ni les énergies ni le temps pour élaborer les collaborations pourtant nécessaires à un tel travail.

De la même façon, le travail de prévention et de dépistage ne peut être l'affaire de quelques spécialistes. Il nécessite que tous les membres du personnel, chacun à leurs mesures, s'implique dans ce travail.

Ce projet devrait donc permettre aux P.N.E. et intervenants-santé de profiter de la structure mise en place à des fins de support à la relation professeur/élève et ce, sur un mode de collaboration par opposition à un mode de délégation.

Enfin, ajoutons que la formation et supervision reçue devrait ajouter à la capacité de ces personnes de jouer un rôle de conseiller auprès des professeurs.

3.4 Impact sur les autres membres du personnel

L'élaboration d'une "campagne de sensibilisation" et la mise en place d'une structure de dépistage et d'intervention concernant la problématique du suicide ne peut que susciter des questions de la part des personnes travaillant dans notre milieu.

Or, c'est souvent en encourageant l'attention et des questions sans prendre le soin d'y répondre qu'on suscite un effet de panique et contagion.

Nous comptons donc organiser des rencontres au cours desquelles les membres du personnel seront invités à poser des questions en plus de recevoir une information visant à démystifier le phénomène du suicide.

Nous inviterons aussi certains employés de soutien en contact plus direct avec les étudiants et dont la tâche les met plus particulièrement en situation de les aider à se joindre aux intervenants-clés. A titre d'illustration, nous pensons, par exemple, aux responsables de l'aide financière et de l'information aux étudiants.

Enfin, mentionnons que certains membres du personnel dont les expériences ou la situation les confrontent à cette problématique pourraient mettre à profit au plan personnel et/ou dans leur travail les informations et activités qui leur seront offertes.

3.5 Impact sur le collège

Les cégepiens fondent beaucoup d'attentes à l'égard de leurs études. Pour la très grande majorité de ceux-ci, le cégep est une étape de transition qui

prend presque l'allure d'un processus initiatique. C'est donc dire que ce milieu de vie, en plus d'être un lieu d'apprentissage, en est un de socialisation. Et que dans un cas comme dans l'autre, les étudiants n'entreprennent pas tous leurs démarches sur le même pied.

Bien sûr, ce projet n'a pas ni l'intention ni le pouvoir de modifier cet état de faits. Il vise toutefois à ce que l'étudiant qui rencontre des difficultés au plan personnel, relationnel, familial et/ou social et qui souffre au point de considérer le suicide comme une solution "acceptable" reconnaisse dans son milieu de vie des personnes crédibles et soucieuses de l'écouter. Qu'il reconnaisse que son milieu de vie est aussi préoccupé par son développement personnel.

La nature du processus suicidaire chez le jeune cégepien a ceci de particulière que ce dernier n'ira consulter un professionnel que rarement. La solution à ce problème se trouve donc ailleurs que dans le seul ajout de ressources professionnelles.

C'est pourquoi le Collège Montmorency a choisi de faire de l'implantation de ce projet une de ses cinq (5) priorités pour 1986-87.

Objet de rencontres avec des départements, la commission pédagogique et les cadres et gérants, ce projet constitue le fondement d'un réseau à planter qui, nous l'espérons, trouvera à rapprocher le personnel du collège des étudiants et stimulera chez ces derniers leur intérêt pour l'entraide.

Ce projet repose donc sur le postulat que notre collège dispose de ressources humaines extraordinaires mais encore sous-utilisées et pas suffisamment préoccupées de l'impact qu'a la santé des étudiants sur leur apprentissage.

De plus, l'élaboration de ce projet nous amène à solliciter l'expertise et les services des organismes sociaux et de santé de notre région. La prévention du suicide chez les jeunes fait partie des priorités que ces organismes se sont

données lors de rencontres de concertation qui ont été tenues au cours de l'année 1986.

Ce programme comprend donc l'élaboration de nouvelles collaborations dont des protocoles d'entente avec le centre hospitalier, le C.L.S.C., etc. Déjà, ces organismes ont participé au groupe de travail que nous avons constitué et se sont dit intéressés à collaborer avec nous à la réalisation de ce programme.

C'est donc dire que celui-ci ouvre des avenues nouvelles en matière de collaboration entre la santé et l'éducation.

3.6 Impact sur le réseau collégial

Depuis quelques années, force est d'admettre que le réseau collégial n'a accordé que peu d'attention aux questions de santé et à l'impact de celles-ci sur l'apprentissage des étudiants.

Les diverses enquêtes et études de besoins (Sherbrooke, 1985; MEQ, 1984) laissent pourtant entendre que l'état de santé des cégepiens s'est dégradée depuis quelques années.

Bien sûr, chaque cégep dispose d'un service de santé et d'un service d'aide à l'apprentissage à l'intérieur desquels la santé des étudiants est prise en compte et certaines activités sont organisées.

Toutefois, ces efforts nous apparaissent insuffisants et mal orientés. Lors d'une rencontre avec l'Association des collèges privés (A.C.Q.) en novembre 1986 à Trois-Rivières, les personnes présentes dressaient le même constat dans leur réseau.

Nous croyons que ce projet présente une contribution importante à une meilleure définition des besoins de santé des étudiants. Pour une des premières

4.0 METHODOLOGIE, APPROCHE

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le projet que nous soumettons se présente comme un projet-pilote. Il s'agit d'opérationnaliser un modèle conceptuel conjuguant une approche cognitive, affective et instrumentale (comprendre un phénomène, s'ouvrir à l'écoute, à l'aide ..., développer des habiletés à écouter, aider ...).

L'évolution des perceptions, attitudes et comportements avant et après la mise en place des activités du projet sera évaluée par le biais d'une observation de type pré-post test (activité). Cette description de situation pourra s'établir, par exemple, par le biais de sondage, questionnaire et traitement de données factuelles d'utilisation de ressources.

La comparaison de groupes différemment atteints par les activités permettra la vérification des hypothèses. Ainsi les perceptions, attitudes et comportements pourront être comparés pour des étudiants ayant été exposés à un nombre et un type donnés d'activités (par exemple, l'animation de groupe-cours avec utilisation de vidéo, discussions, ...) par rapport à des étudiants non exposés aux mêmes activités. La vérification des hypothèses implique un protocole spécifique de détermination de groupe-cible et de groupe-contrôle de façon à ce que la comparaison soit la moins biaisée possible et permettre le plus possible d'isoler la variable (les activités d'animation par exemple) à l'étude.

La mise en oeuvre du projet se fera graduellement de façon à ce que le milieu puisse bien en absorber les effets et ne se trouve pas dans un état de déstabilisation qui, au lieu de le faire avancer, amènerait à une désaffectation par surcharge (d'information, ...).

L'approche en est une d'animation, d'information, d'organisation et d'intervention.

Nous avons déjà abordé quelques exemples d'activités touchant l'information et la sensibilisation (animation). Nous les reprendrons dans l'échéancier. Pour ce qui est de l'organisation et de l'intervention, il s'agit de stimuler la mise sur pied d'une infrastructure d'intervenants issus aussi bien des groupes d'étudiants, de professeurs et de professionnels non-enseignant capables d'assurer un suivi aux étudiants qui font face à un problème de suicide.

L'approche privilégie donc une interaction des divers acteurs du milieu collégial qui, par leur implication personnelle, seront en mesure d'initier des actions simples et efficaces ou de référer les individus nécessitant une intervention plus approfondie.

Une formation de base sera donnée à chacun des intervenants de cette infrastructure. Ces individus devront se soumettre à une sélection qui permettra d'évaluer leurs motivations et habiletés à intervenir et recevront un encadrement leur permettant d'enrichir leur intervention.

Les intervenants participeront à la définition formelle de cette infrastructure. Celle-ci devra être assurée d'une cohésion forte pour maintenir la qualité tout autant que l'existence même de l'intervention. Elle devra aussi être suffisamment souple pour s'adapter aux besoins exprimés.

5.0 PROGRAMMATION ET CALENDRIER DES ACTIVITES

Dans cette section, nous présentons tout d'abord une description des différents volets de ce projet. Dans un deuxième temps, nous proposons un calendrier détaillé des activités.

Le volet "A" concerne l'équipe d'intervenants-clés, les volets "B", "C", "D" circonscrivent respectivement les activités de sensibilisation auprès des professeurs, du personnel non enseignant et des étudiants.

5.1 Volet A - Equipe d'intervenants-clés

Avant même de débiter une sensibilisation auprès de la communauté cégépienne, il est essentiel de s'assurer de l'accessibilité, pour les personnes en difficulté, à une ressource d'aide interne, propre à assumer une prise en charge rapide et un suivi adéquat. Cette ressource d'équipe d'intervenants-clés sera constamment épaulée et supervisée par un clinicien possédant l'expertise nécessaire. L'une des activités importantes reliée à ce volet est la formation en intervention auprès des personnes suicidaires.

1. Population visée

Un groupe de 60 personnes recrutées parmi les étudiants, les professeurs, les professionnels non enseignant.

2. Sélection

La sélection se fera par le biais d'une entrevue individuelle. Des critères de sélection précis seront définis ultérieurement.

3. Formation

Six (6) groupes de dix (10) participants recevront une formation de trois (3) journées en intervention de crise auprès des personnes suicidaires. Cette

formation sera donnée conjointement par le coordonnateur du projet et une personne ressource de Suicide Action Montréal Inc.

Contenu de la formation

- Autour du suicide:
 - ° démystification
 - ° incidence
 - ° variables associées
 - ° concept de crise
 - ° processus suicidaire
- l'adolescence et ses particularités
- le dépistage
- l'intervention en situation de crise:
 - ° évaluation du potentiel suicidaire
 - ° évaluation de la situation
 - ° l'intervenant et le suicide
 - ° comment désamorcer, transmettre l'espoir
 - ° différents types de contacts
 - ° les suicidaires, les tiers, les endeuillés
 - ° utilisation des ressources
 - ° intervention sur le réseau
 - ° quand et comment référer, etc.
 - ° le suivi de crise, etc.

4. Interventions

Le dépistage et l'intervention auront lieu durant l'année scolaire. Les intervenants-clés interviendront selon un modèle axé sur la situation de crise, visant à désamorcer la situation et à empêcher le geste suicidaire. Le suivi de

crise sera de courte durée (maximum 12 semaines). Des protocoles d'entente avec d'autres organismes seront élaborés pour les suivis à moyen et long terme. Plusieurs dispositions seront prises afin de favoriser l'entraide et le soutien entre tous les membres de cette équipe.

5.2 Volet B - Sensibilisation auprès des professeurs

1. Population visée

L'ensemble des enseignants du cégep, soit environ 300 personnes.

2. Activités

Six (6) rencontres d'information et de sensibilisation sont prévues. Ces rencontres, d'une durée de trois (3) heures, se feront lors d'une journée pédagogique et seront animées par des membres de l'équipe d'intervenants-clés.

3. Contenu

Information sur la problématique, sur la population adolescente, sur le dépistage, sur les ressources, sensibilisation à l'intervention, échanges, discussions.

5.3 Volet C - Sensibilisation auprès du personnel non enseignant

1. Population visée

Le personnel administratif et de soutien.

2. Activités

Des débats-midi seront annoncés. Ces personnes pourront également se joindre aux activités pour les professeurs.

3. Contenu

Information sur la problématique, sur la population adolescente, sur le dépistage, sur les ressources, sensibilisation à l'intervention, échanges, discussions.

5.4 Volet D - Sensibilisation auprès des étudiants

A) Sensibilisation de masse

1. Population visée

Tous les jeunes du cégep.

2. Activités

Une gamme variée d'activités auront lieu dans le cégep: présentation et discussion d'un vidéo, réalisation et présentation d'une pièce de théâtre, débat-midi, activités pédagogiques reliées à la problématique, etc.

B) Groupes-cibles

1. Population visée

Cinquante (50) groupes-classes en première année collégiale.

2. Activités

Rencontres de groupe-classe d'une durée de trois (3) heures, animées par des membres de l'équipe d'intervenants-clés.

3. Contenu

Idem que pour le volet B, mais plus approprié aux jeunes (langage, importance relative quant aux thèmes).

5.5 Calendrier des activités

Ce calendrier propose un échéancier chronologique.

Mai - juin 1987

- présentation du projet aux organismes collaborateurs;
- établissement de protocoles d'entente avec les organismes collaborateurs, pour les suivis à moyen et long terme;
- recrutement de l'équipe d'intervenants-clés (professeurs et P.N.E.).

Juillet - août 1987

- préparation des instruments de mesure;
- préparation du matériel didactique à être distribué aux différents groupes de personnes (étudiants, professeurs, etc.).

Septembre 1987

- pré-expérimentation des instruments de mesure;
- sélection et formation des intervenants-clés.

Octobre 1987

- cueillette de données (passation des pré-tests);
- aménagement organisationnel de l'équipe d'intervenants-clés (locaux, structure de fonctionnement, régie interne);

- préparation des activités de sensibilisation auprès des professeurs (horaire, locaux).

Novembre 1987

- sensibilisation auprès des professeurs;
- préparation et réalisation du matériel visuel (affiches, pamphlets, etc.) présentant la ressource d'intervention;
- préparation du matériel visuel pour la sensibilisation de masse pour les étudiants.

Décembre 1987

- campagne de sensibilisation sur ressources d'aide;
- préparation de la sensibilisation aux étudiants;
- choix des groupes-cours qui seront rencontrés;
- horaire de la tournée des groupes-cours;
- réalisation des affiches de sensibilisation à la problématique.

Janvier - février - mars 1988

- sensibilisation auprès des étudiants:
 - ° tournées de groupes-cours,
 - ° débats-midi,
 - ° présentation et animation de vidéos,
 - ° etc.;
- sensibilisation auprès du personnel non enseignant.

Avril - mai - juin 1988

- évaluation de la première année du projet;
- passation de post-tests, etc.;
- analyse des résultats;
- rédaction d'un rapport.

6.0 BUDGET

Pour rendre à terme l'expérimentation et l'évaluation comprises dans le présent projet, nous avons besoin de ressources humaines et matérielles qui sont non comprises dans le fonctionnement habituel du cégep.

Confiants que les retombées de ce projet pilote sur le développement du réseau combleront les fonds alloués à sa réalisation, nous adressons les demandes suivantes:

Ressources humaines

- ° Un chercheur principal / coordonnateur de projet: 1 an à temps plein.

Responsable de la coordination du projet, cette personne assurera l'élaboration et l'exécution des activités, agira à titre de co-formateur des intervenants-clés, veillera à évaluer et soutenir ces derniers ainsi qu'à établir les collaborations nécessaires avec les organismes sociaux et de santé concernés.

Elle sera aussi responsable de l'aspect administratif, de la rédaction des rapports et la diffusion des résultats.

- ° Un deuxième chercheur / agent de recherche: cinq mois.

Plus particulièrement responsable du devis de recherche et des tâches d'évaluation, cette personne aura à construire les outils d'évaluation, exécuter les pré-tests et post-tests en plus de voir au traitement et à l'analyse des données.

- ° Un formateur des intervenants-clés

Chargée du perfectionnement des intervenants-clés, cette personne aura charge de la formation des professeurs, des P.N.E. et des étudiants. Elle

participera aussi à l'évaluation des candidats à la formation ainsi qu'à la tournée de 60 groupes-cours.

- ° Un consultant clinique / psychologue: 40 jours.

Cette personne sera responsable des actes cliniques du projet. Elle assurera la supervision des intervenants-clés et organisera des activités appropriées à leurs besoins.

- ° 40 intervenants-clés / professeurs, professionnels non enseignant et personnel de soutien: 31 jours chacun - 120 jours au total.

Incluant 30 professeurs, 7 professionnels non enseignant et 3 employés de soutien, ces personnes, suivant une évaluation de leur candidature, recevront un perfectionnement de 3 jours à l'intervention.

Autres ressources

- ° Diffusion des résultats

Production de 250 copies du rapport final et rencontres avec les intervenants du réseau.

- ° Traitement des données

Traitement informatique des données devant servir à l'analyse des résultats.

7.0 DIFFUSION DES RESULTATS

Les résultats du présent projet et leur analyse seront consignés dans un rapport final dont 250 copies seront adressées aux intervenants concernés du réseau.

Cinq (5) rencontres régionales seront organisées afin que les personnes intéressées puissent interroger et échanger avec les auteurs ainsi que quelques intervenants-clés du projet.

Les résultats de la recherche feront aussi l'objet de communications écrites dans les revues suivantes:

- Revue Québécoise de Psychologie,
- Apprentissage et socialisation,
- Prospectives.

Notons enfin que les auteurs demeurent disponibles à servir de personnes ressources en ce qui a trait à l'implantation de projets similaires dans d'autres collèges et envisagent de rédiger un guide d'implantation décrivant les étapes de l'opérationnalisation du présent projet.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS, K.S., BOUCKHOMS, A., STREINER, D., 1982, Parental loss and Family Stability in Attempted Suicide, Archives General of Psychiatry, 39.
- ADAMS, K.S., LOHRENZ, J.G., HARPER, D., STREINER, D., 1982, Early Parental Loss and Suicidal Ideation in University Students, Canadian Journal of Psychiatry, 27, 275-281.
- BARTER, J.T., SWABACK, D.O., TODD, D., 1968, Adolescent suicide attempts: a follow up study of hospitalized patients, Archives of General Psychiatry, 19, 523-527.
- BECK, A.T., KOVACS, M., WEISSMAN, A., 1974, Hopelessness and Suicidal Behavior, Journal of the American Medical Association, 243, 1146-1149.
- BECK, A.T., WEISSMAN, A., LESTER, D., TREXLER, L., 1974, The Measurement of Pessimism: the Hopelessness Scale, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42.
- BERNARD, J.L., BERNARD, M.L., 1982, Factors related to suicidal behavior among college students and the impact of institutional response, Journal of College student personnel, September, 1982.
- BROSSEAU, R., et al, 1983, Le suicide et les tentatives de suicide: bilan de la situation et recommandations, D.S.C. Cité de la santé de Laval, p. 20.
- BRYAN, D.P., HERJANIC, B., 1980, Depression and Suicide among Adolescents and Young People with Selective Handicapping Conditions, Exceptional Education Quarterly, 1(2), 57-65.
- CHARRON, M.F., 1981, Le suicide au Québec: analyse statistique, Services des études épidémiologiques, Ministère des Affaires Sociales, Gouvernement du Québec.
- COMITE DE LA SANTE MENTALE, 1983, Avis sur la prévention du suicide, Ministère des Affaires Sociales, Gouvernement du Québec, 151 pages.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, 1984, Objectif: Santé, Ministère des Affaires, Gouvernement du Québec, 217 pages.
- COOPER, B., HOLMES, C., WURTZ, P.I., 1981, Counselor's recognition of factors in lethality of suicide, Psychological Reports, 49, 183-186.
- COWGELL, V., 1977, Interpersonal Effect of a Suicidal Communication, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 4, 592-599.
- DAVIDSON, F., CHOQUET, M., 1981, Le Suicide de l'Adolescent, E.S.F., France, 135 pages.
- DORPART ET RIPLEY, 1968, A Study of suicide in the Seattle Area, Comprehensive Psychiatry, 1, 349-359.

- EMERY, P., 1983, Adolescence depression and suicide, Adolescence, 18(7), 245-258.
- EVANS, A.L., WILLIAMS, J.L., MCKINNON, S., 1985, The relationship of hopelessness, depression and anger to suicidal ideation in Canadian university students, Proceeding eighteen annual meeting American Association of Suicidology, Toronto, 5456.
- GARFINKEL, B.D., FROESE, A., HOOD, J., 1982, Suicide Attempts in Children and Adolescents, American Journal of Psychiatry, 139, 10, 1257-1261.
- GRIFFITH, K., 1977, Suicide and Drugs a special problem of psychological firstaid, Emergency Product News, octobre 1977.
- GROB, M.C., KLEIN, A.A., EISEN, S.V., 1983, The Role of High School Professional in Identifying and Managing Adolescent Suicidal Behavior, Journal of Youth and Adolescence, 12, 2, 163-173.
- HANIGAN, D., TOUSIGNANT, M., BASTIEN, M.F., HAMEL, J., 1986, Le soutien social suite à un événement critique chez un groupe de cégépiens suicidaires: étude comparative, Revue Québécoise de Psychologie, 7(3), 63-81.
- HAWTON et al, 1982, Adolescent who take Overdose, British Journal of Psychiatry, 140, 118-123.
- HOLLINGER, P.C., OFFER, D., 1982, Production of adolescent suicide: A population model, Am. J. Psychiatry, 139:3, pp. 302-307.
- JACOBS, J., 1971, Adolescent Suicide, Wiley-Interscience, N.Y.
- JACOBS, J., TEICHER, J.D., 1966, Adolescent who Attempted Suicide: Preliminary Findings, American Journal of Psychiatry, 122.
- JACOBS, J., TEICHER, J.D., 1967, Broken Home and Social Isolation in Attempted Suicide of Adolescents, International Journal of Social Psychiatry, 13, 2, 139-142.
- JARVIS, G.K., FERRENCE, R.G., JOHNSON, F.G., 1976, Sex and Age Pattern in self injury, Journal of Health and Social behavior, 17, 146-155.
- LAPORTE, P.G., 1986, Bell et la prévention du suicide: une question de communication, Apprentissage et socialisation ENPISTE, vol. 9(1), 49-51.
- MARKS, P.A., HALLER, D.L., 1977, A Study of Adolescent Suicide Attempts, Journal of Clinical Psychology, 33, 2, 390-400.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE, 1986, Task force report on the prevention of suicide, à paraître, présenté au congrès annuel de l'American Association of Suicidology, Toronto, 1985.
- MISHARA, B.L., 1979, Suicidal Verbalisations and Attempts in College Students: a log-linear analyses of the perceived helpfulness of peer reactions, Proceeding Communication, 10th International Congress for Suicide Prevention and Crises Intervention, Ottawa, Canada, p. 328.

- MISHARA, B.L., 1982, College student's experiences with suicide and reactions to suicidal verbalizations: A model for prevention, Journal of Community Psychology, 10, 142-150.
- OTIS, J., CHAMPAGNE, D., 1986, Programme d'intervention sur le suicide au collège Montmorency, D.S.C. Cité de la santé de Laval, 112 pages.
- OTTO, V., 1972, Suicidal acts by children and adolescents, Acta psychiatry Scand, suppl. 233.
- PECK, M.L., SCHRUT, A., 1971, Suicidal behavior among college students, H.S.M.H.A. Health Reports, 86(2), pp. 149-156.
- PECK, M., 1982, Youth Suicide, Death Education, 6, 29-47.
- PETZEL, S.V., CLINE, D.W., 1978, Adolescent Suicide: Epidemiological and Biological Aspects, Adolescent Psychiatry, 16, 239-266.
- PETZEL, S.V., RIDDLE, M., 1981, Adolescent Suicide: Psycho social and cognitive aspects, Adolescent Psychiatry, 9, 343-398.
- PLANTE, M.C., 1986, Prévention du Suicide chez les Jeunes au Québec. Utopie ou Réalité?, Apprentissage et socialisation ENPISTE, vol. 9(1), 26-36.
- POKORNY, A.D., 1974, A Scheme for Classifying Suicidal Behaviors, in The Prediction of Suicide, BECK, A.T., RESNIK, H.L.P., LETTIERI, D.J. (EDS) CHARLES PRESS.
- RAYMOND, S., 1985, La prévention du suicide en milieu scolaire secondaire, une approche communautaire, Suicide Action Montreal Inc., 63 pages.
- RAYMOND, S., GADBOIS, J., 1987, Evaluation du "programme de prévention en milieu scolaire: une approche communautaire", Suicide Action Montréal Inc., 78 pages.
- ROSS, C., 1982, Teaching Children about the Fact of Life and Death: Suicide Prevention in School, in PECK, M., Youth Suicide, Springer Inc., N.Y.
- ROSS, C., 1980, Mobilising School for Suicide Prevention, Suicide and Life Threatening Behavior, 6, 4, 239-243.
- RUDESTAM, K.E., 1971, A Cross-Cultural Study of the Communication of suicide Intent, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36, 1, 82-90.
- SCHNEIDMAN, F.S., 1968, Preventing suicide, Bulletin of Suicidology, décembre 1968, 19-25.
- STANLEY, E.J., BARTER, J.T., 1970, Adolescent suicidal behavior, American Journal of Orthopsychiatry, 40(1), 87-95.
- TEICHEIR, J.D., 1970, Children and adolescent who attempt suicide, Pediatric Clinic of North America, 17, 687-696.
- SHLER, C.L., MCKENRY, P.C., MAGEN, K., 1981, Adolescent suicide attempts: some significant factors, Suicide and Life-Threatening Behavior, 11, 86-92.

TOPOL, P., REZNIKOFF, M., Perceived Peers and Family Relationship, Hopelessness and Locus of Control as Factors in Adolescent Suicide Attempts, Suicide and Life Threatening Behavior, vol. 12(3), 1982.

TOUSIGNANT, M., HANIGAN, D., BERGERON, L., 1984, Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal, Santé mentale au Québec, 9(2), 122-133.

TOUSIGNANT, M., BASTIEN, M.F., HAMEL, S., HANIGAN, D., 1986, Comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal: l'apport familial, Apprentissage et socialisation ENPISTE, 9(1), 17-25.

YESSLER, P.G., GIBBS, J.J., BECKER, H.A., 1960, On the Communication of Suicide Ideas, Archives of General Psychiatry, 3, 612-631.